



Stadt Artern (Thüringen)

Die Bürgermeisterin

Stadtverwaltung Artern, Markt 14, 06556 Artern; Postanschrift: PF 11 29, 06551 Artern

Stadtverwaltung Artern
Finanzabteilung
Postfach 1129
06551 Artern

Sprechzeiten:

| | |
|--------------------------|--|
| montags | 08.00-12.00 Uhr 13.00-15.30 Uhr |
| dienstags | 08.00-12.00 Uhr 13.00-18.00 Uhr |
| mittwochs | geschlossen |
| donnerstags | 08.00-12.00 Uhr 13.00-15.30 Uhr |
| freitags | 08.00-12.00 Uhr |
| Auskunft: | Frau Gödicke |
| Zimmer: | 4 |
| Telefon: | (03466) 325540 |
| Telefax: | (03466) 325550 |
| e-mail: | finanzen@artern.de |
| Internet: | http://www.artern.de/ |
| Gläubigeridentifikation: | DE27ZZZ00000261868 |

1. Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige(n) ich/wir die Stadtverwaltung Artern widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen durch Lastschrift einzuziehen.

2. SEPA Lastschriftmandat

Hiermit ermächtige(n) ich/wir die Stadtverwaltung Artern, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Stadtverwaltung Artern auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Rücklastschriftkosten gehen zu meinen/unseren Lasten.

| | |
|---|---|
| Zahlungsempfänger: Stadtverwaltung Artern, Markt 14, 06556 Artern Gläubiger-Identifikation: DE27ZZZ00000261868 | |
| Mandatsreferenz (bisher Kassenkonto) KK00 | Objekt: oder KS00 |
| Zahlungsart: <input type="checkbox"/> Wiederkehrende Zahlung <input type="checkbox"/> Einmalige Zahlung (nur 1-mal) | <input type="checkbox"/> Ratenzahlung <input type="checkbox"/> 1.Juli-Zahler |
| <u>Name, Anschrift des Eigentümers:</u> | |
| <u>Name und Anschrift der Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):</u> Straße und Hausnummer: _____ Postleitzahl und Ort: _____ | Telefonnummer: _____ |
| IBAN des Zahlungspflichtigen: DE | |
| BIC / SWIFT: | |
| Ort, Datum, Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) | |

Bankverbindung: Kyffhäusersparkasse
Konto: 3400006431
BLZ: 82055000

IBAN: DE92 8205 5000 3400 0064 31
BIC / SWIFT: HELADEF1KYF